

 **Skickas till:**

 Edsleskogs skola 121

 662 91 Åmål

 Tfn: 0532-51005

VAL AV SKOLA:

Edsleskogs friskola Fr.o.m ......................................

......................................................................................................................................

Namn och personnummer

......................................................................................................................................

Vårdnadshavare 1

......................................................................................................................................

Vårdnadshavare 2

......................................................................................................................................

Adress och telenr.

......................................................................................................................................

Underskrift vårdnadshavare 1 och 2

......................................................................................................................................

Ort och Datum

......................................................................................................................................

Rektorns underskrift